

**DECLARACION DE PERDIDA DE ALIMENTOS  
POR CAUSA DE DESASTRE A LA VIVIENDA  
PARTE I**

Condado \_\_\_\_\_

Nombre de Caso \_\_\_\_\_ Número de Caso \_\_\_\_\_

Dirección de Envío \_\_\_\_\_

Método de Reportar: (Marque el método) Fecha Reportado \_\_\_\_\_

En Persona Mes/Día/Año

Por Teléfono  Por Escrito

El individuo fue instruido a tener un miembro de su hogar o representante autorizado a venir a la oficina del condado y firmar la forma MDHS-EA-508 por \_\_\_\_\_.

Fecha distribución de beneficios: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_ Mes de Distribución  
\_\_\_\_\_ Suplemento  
\_\_\_\_\_ Restauración

---

---

**PARTE II**

- En orden para que los alimentos comprados con beneficios SNAP sean reemplazados, el desastre tiene que ser reportado en diez (10) días de la fecha de cuando la pérdida ocurrió.
- La oficina del condado tendrá que recibir comprobante del desastre por medio de documentación de la Cruz Roja;
- El departamento de Bomberos u otra clase de verificación de la comunidad.
- La oficina del condado puede delatar o negar más reemplazo después de dos (2) reportes o después de un periodo de seis (6) meses.
- El hogar tiene derecho a una audiencia justa para disputar la cuestión de la negación o delata de reemplazo; sin embargo, reemplazo no puede ser hecho durante la petición.

Cantidad de la perdida \$ \_\_\_\_\_

Declaración del hogar atestando la pérdida de alimentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estoy al tanto de la penalidad por mal representación de los hechos intencionalmente, incluyendo pero no limitado a; un cargo de perjurio por un reclamo falso.

Firma del Cabeza de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Replacement authorized: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature

Replacement denied: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature